

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1952

THÈSE

1054

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre, Henri ROUX

Né le 30 décembre 1924, à Antony (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le 19

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA
PROTECTION DU PÉRINÉE
CHEZ LA PRIMIPARE

Président : M. LEVY-SOLAL, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1952

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **ROUX**

Prénom : **Pierre**

Date de soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque).

ROUX (Pierre). — Contribution à l'étude de la protection du périnée chez la primipare. — Paris, Imp. R. Foulon, 1952, in-8°, 39 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1952, N°).

ROUX (Pierre). — Contribution à l'étude de la protection du périnée chez la primipare. — Paris, Imp. R. Foulon, 1952, in-8°, 39 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1952, N°).

ROUX (Pierre). — Contribution à l'étude de la protection du périnée chez la primipare. — Paris, Imp. R. Foulon, 1952, in-8°, 39 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1952, N°).

ROUX (Pierre). — Contribution à l'étude de la protection du périnée chez la primipare. — Paris, Imp. R. Foulon, 1952, in-8°, 39 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1952, N°).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1952

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre, Henri ROUX

Né le 30 décembre 1924, à Antony (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le 19

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE LA

**PROTECTION DU PÉRINÉE
CHEZ LA PRIMIPARE**

Président : M. LEVY-SOLAL, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, RUE DEPARCIEUX, 29

1952



DOYEN HONORAIRE :

M. Baudouin

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Baudouin, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Guillaïn, Hartmann, Harvier, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lhermitte, Loeper, Marion, Mathieu, Mocquot, Mulon, Ombrédanne, Rouvière, Sannié, Sébilleau, Sézary, Tanon.

DOYEN Léon BINET

Membre de l'Institut

ASSESSEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	OLIVIER (E.)
Anatomie pathologique	DELARUE
Bactériologie	GASTINEL (P.)
Biologie médicale	VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale	HUGUENIN (R.)
Carcinologie	OBERLING (C.)
Chimie médicale	POLONOVSKI (M.)
Cliniques chirurgicales	BROCQ (P.)
Hôtel-Dieu	CADENAT (F.)
Saint-Antoine	MONDOR (H.)
Salpêtrière	QUENU (J.)
Cochin	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	DONZELOT (E.)
Clinique de cardiologie	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	MONOD (R.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	BERNARD (E.)
Clinique de la tuberculose	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de neuro-chirurgie	LELONG (M.)
Clinique de puériculture	DEGOS (R.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du sang	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies du système nerveux	DEBRE (R.)
Clinique des maladies des enfants	MOLLARET (F.)
Clinique des maladies infectieuses	DELAY (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	FUNCK-BRENTANO
Clinique gynécologique	BENARD (H.)
Cliniques médicales	LAROCHE (G.)
Hôtel-Dieu	MOREAU (R.)
Bichat	LIAN (C.)
Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Pitié	PASTEURVALLERY-RADOT (L.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	LANTUEJOUL (P.)
Clinique médicale propédeutique	LEVY-SOLAL (E.)
Cliniques obstétricales	LACOMME (M.)
Tarnier	VELTER (E.)
Baudelocque	AUBIN (A.)
Port-Royal	
Clinique ophtalmologique	RICHET (C.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	HEUYER (C.)
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (<i>chaire à titre personnel</i>)	COSTE (F.)
Clinique psychiatrique infantile	DECHAUME (M.)
Clinique rhumatologique	SENEQUE (J.)
Clinique stomatologique	CHABROL (E.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	FEY (B.)
Clinique thérapeutique médicale	GIROUD (A.)
Clinique urologique	MOUQUIN (M.)
Embryologie	CHAMPY (C.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAMY (M.)
Histologie	CATHALA (J.)
Génétique	JOANNON (C.)
Hygiène et clinique de la première enfance	DESOILLE (H.)
Hygiène et médecine préventive	
Médecine du Travail	

MM.

Médecine légale	PIEDIEVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GAILLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	DE GAUDART D'ALLAINES (F.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE (A.)
Pathologie médicale	BARIETY (M.)
Pathologie et thérapeutique générales	DE GENNES (L.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	MOULONGUET (P.)
Thérapeutique	TURPIN (R.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.

Anatomie . . .	CORDIER (J.-C.)
	Pr. s. ch.
	DEBEYRE (J.)
Anatomie pathologique . . .	DELMA (A.)
	Mlle GAUTHIER-
	VILLARS (P.)
Bactériologie . . .	Pr. s. ch.
	BUSSER (F.)
	FASQUELLE (R.)
Biologie médicale . . .	NEVOT (A.)
	BOURLIERE (F.)
	ETTORI (J.)
Chimie médicale . . .	Pr. s. ch.
	JAYLE (M.-F.)
	Pr. s. ch.
Dermato-syphiligraphie . . .	SCHAPIRA (G.)
	DEGOS (R.)
	BULLIARD (H.)
Histologie . . .	Pr. s. ch.
	COUJARD (R.)
	DESCLAUX (P.)
Hydrologie . . .	DEBRAY (C.)
Hygiène . . .	BOYER (J.)
	DEPARIS (M.)
	DEROBERT (L.)
Médecine légale . . .	GAULTIER (J.)
	N...
	NEUROLOGIE . . .
Neurologie . . .	SEZE (S. DE)
	GRASSET (J.)
	LEPAGE (F.)
Obstétrique . . .	MAYER (M.)
	MERGER (R.)
	RAVINA (J.)
Ophtalmologie . . .	VARANGOT (J.)
	OFFRET (G.)
	DESVIGNES (P.)
Oto-rhino-laryngologie . . .	HALPHEN (E.)
	Pr. s. ch.
	MADURO (R.)
Parasitologie . . .	BRUMPT (L.)
Parasitologie coloniale ff . . .	CHABAUD
Pathologie chirurgicale . . .	ABOULKER (P.)
	BAUMANN (J.)
	GOSSET (J.)

MM.

Pathologie chirurgicale . . .	HUGUIER (J.)
	LAURENCE (G.)
	LEGER (L.)
Pathologie expérimentale . . .	OLIVIER (Cl.)
	PADOVANI (P.)
	POILLEUX (M.)
Pathologie médicale . . .	ROUX (M.)
	RUDLER (J.-C.)
	VERNE (J.-M.)
Pathologie expérimentale . . .	MERKLEN (P.)
	BERNARD (J.)
	BOUDIN (G.)
Pathologie médicale . . .	CASTAIGNE (P.)
	CONTE (M.)
	DECOURT (J.)
Pathologie expérimentale . . .	DOMART (A.)
	DREYFUS (G.)
	FAUVERT (R.)
Pathologie expérimentale . . .	HAMBURGER (J.)
	KOURILSKY (R.)
	MAURIC (G.)
Pathologie expérimentale . . .	MILLIEZ (P.)
	PERRAULT (M.)
	THIEFFRY (St.)
Pathologie expérimentale . . .	TURIAF (J.)
	LAPLANE (R.)
	MARIE (J.)
Pathologie expérimentale . . .	LEVY (Mlle J.)
	Pr. s. ch.
	CHEYMOL (J.-H.)
Pathologie expérimentale . . .	BARGETON (D.)
	PARROT (J.-L.)
	DOGNON (A.)
Pathologie expérimentale . . .	Pr. s. ch.
	DJOURNO (A.)
	GOUGEROT (L.)
Pathologie expérimentale . . .	BARUK (H.)
	Psychiatrie
	infantile . . .
Pathologie expérimentale . . .	MICHAUX (L.)
	Stomatologie . . .
	CHAPUT (M ^{me} A.)
Pathologie expérimentale . . .	Thérapeutique . . .
	PERRAULT (M.)
	chargé d'enseign.
Pathologie expérimentale . . .	Urologie . . .
	KUSS (R.)

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BRINDEAU (A.) (*Obstétrique*), GATELLIER (J.) (*Clinique chirurgicale*),
LE LORIER (V.) (*Obstétrique*), VAUDESCAL (R.) (*Obstétrique*)

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
Clinique chirurgicale ..	AMELINE (A.)	Clinique médicale	MARCHAL (G.)
	MENEGAUX (G.)		SOULIE (E.)
	PATEL (J.)	Clinique obstétricale ..	DIGONNET (L.)
	SICARD (A.)		ECALLE (G.)
Clinique médicale	BOULIN (R.)	Clinique ophtalmologique	LACOMME (M.)
	BROUET (G.)		RENARD (G.)
	CACHERA (R.)	Clinique O.R.L.	
	GARCIN (J.)	Clinique urologique ...	COUVELAIRE (R.)
	HAGUENAU (M.)		
	LENEGRE (J.)		

MM.

Secrétaire de la Faculté MOREL (J.)
Secrétaire-adjoint Mlle CHAINTREUIL (G.)

Bibliothécaire en Chef Docteur HAHN (A.)
Bibliothécaires Mlles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.),
LAURENT (H.), LE NOIR (G.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A FEU MON ONCLE
LE DOCTEUR PIERRE ROUX

*Qui fit naître en moi, durant
mes jeunes années, le profond
désir d'être médecin.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VAUDESCAL

Qui, par ses sages et précieux conseils, guida si paternellement mes premiers pas dans la pratique obstétricale.

Qu'il trouve ici l'expression de ma très sincère reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DE PERETTI DE LA ROCCA

Qui contribua à mon enseignement de la spécialité et fut pour moi un précieux conseiller.

Qu'il soit assuré de toute ma gratitude.

Introduction

Durant l'hiver 1949-1950, j'assistais à une conférence faite à la clinique Tarnier par le Professeur brésilien DE LIMA sur l'accouchement normal. Je commençais alors mes études de spécialité et avais été émerveillé par la clarté de l'exposé de ce maître étranger; cependant, quelques éléments de cette conférence m'étaient apparus assez contradictoires. Le Professeur DE LIMA avait en effet défini au début de sa conférence le terme « accouchement eutocique », puis, dans le courant de son exposé, avait déclaré qu'il pratiquait *d'une façon quasi systématique l'épisiotomie prophylactique chez les primipares*. Que penser de telles déclarations ? Faut-il envisager l'accouchement des primipares comme un accouchement à dystocie périnéale ou bien se rattacher à l'idée d'un artifice de l'obstétricien, voulant préserver pour l'avenir l'état physiologique défectueux du substratum périnéal, élément primordial de soutien de l'appareil génital féminin ?

Qu'on se rallie à l'une ou l'autre raison, ou même que les deux soient valables, il n'en résulte pas moins que l'épisiotomie systématique m'était apparue comme un geste, je l'avoue, « fort cruel ».

A la suite de cette conférence, deux années de pratique obstétricale comme interne de la maternité de l'hôpital de Neuilly, et de lecture de la littérature obstétricale m'ont permis de travailler le problème des

déchirures périnéales et de l'épisiotomie : la mise au point, trop précaire encore je le regrette, d'un système que j'appellerai le « butoir de sécurité » au fil de nylon, permettra, je le souhaite, de faire reculer dans de nombreux cas, la pratique de l'épisiotomie, sans pour cela porter préjudice à l'édifice périnéal.

Nous envisagerons donc, tout d'abord, les différentes conceptions des auteurs et essaierons de faire le bilan des avantages et des inconvénients de chaque méthode dans le domaine de l'épisiotomie et des déchirures périnéales.

Puis nous aborderons les différentes techniques qui peuvent concourir à la protection du périnée et sa réfection.

Quelle sera la régression de l'épisiotomie devant de tels éléments ?

Différents aspects du problème de l'épisiotomie à travers la littérature obstétricale

Nous allons passer en revue les divers arguments physiologiques des auteurs en faveur de la pratique de l'épisiotomie.

I. — QUELLES SONT LES CAUSES QUI PRESIDERAIENT A LA CONSTITUTION DES LÉSIONS PERINEALES ?

L'accouchement, considéré comme un phénomène normal, entraînerait cependant, dans de nombreux cas, des lésions des tissus périnéaux, de degrés variables, conduisant à un certain trouble des fonctions.

Les lésions anatomiques engendrées sont diversement interprétées pour les auteurs.

— Pour M. PIGEAUD, il s'agit de petits hématomes intra-musculaires dus à des ruptures interstitielles, entraînant une modification définitive de la tonicité et de la contractilité des muscles transverses du périnée et du faisceau pubo-vaginal du releveur de l'anus.

— Pour VAN DELL, les déchirures, visibles ou invisibles, seraient dues à la pression exercée par la présentation sur le périnée, entraînant une ischémie locale et de là un désordre tissulaire.

— Pour PIÉRI et MEYER et DE LÉE, le fascia fibro-élastique constituerait le support de toute la musculature : le franchissement des limites d'élasticité de ce fascia entraînerait une dissociation de celui-ci et de là, un effondrement de la musculature.

— Pour INGRAHAM, GARDNER et HEUS, il s'agirait d'une désinsertion du fascia, occasionnant des remaniements des masses musculaires et celles-ci changeraient du point d'insertion.

II. — ELEMENTS DE PROTECTION DU PERINEE PAR L'USAGE DE L'EPISIOTOMIE

— M. PIGEAUD conseille l'épisiotomie (chez la primipare) :

1° *prophylactique* : avant tout début d'ampliation ou d'application du forceps;

2° *large* : afin de permettre le passage de la présentation, sans tiraillement des tissus;

3° *latéro-postérieure* : afin de conserver le bloc périnéal postérieur (noyau central du périnée) qui permet l'hyperflexion physiologique normale de la présentation.

— A l'opposé, HUNTER estime que l'incision latérale donne peu d'espace praticable, et que cette pratique expose aux lésions des branches de l'artère honteuse interne; la réfection serait plus difficile à cause de la rétraction des lèvres de la plaie avec fuite des fibres du releveur.

Il conseille l'incision médiane qui offrirait un maximum d'espace utilisable avec un minimum de destruction des tissus sous-jacents. La réparation se ferait sans tension des sutures, le seul danger étant dans le risque de propagation au sphincter et au canal anal;

il propose dans certains cas l'incision en « L », une deuxième branche, courte, passerait à travers la portion antéro-latérale des tissus qui entourent le sphincter anal.

HUNTER et INGRAHAM ne la pratiquent pas d'une façon prophylactique mais indiquent comme moment le début de déflexion de la présentation.

III. — DIFFERENTES POSSIBILITES DE REFECTION

— M. PIGEAUD réfectionne en deux plans :

1° le premier : avec du catgut n° 2 comprenant la muqueuse et tous les tissus sectionnés;

2° le second : cutané, est fermé par des agrafes très rapprochées.

Poudrage aux sulfamides les jours suivants.

— PIÉRI, MEYER, HUNTER, INGRAHAM utilisent du catgut 000 et évitent tout point perforant de la muqueuse et de la peau.

— KREIS s'oppose au matériel non ressortissable dans la réfection des épisiotomies; d'après cet auteur, toute suture sous tension est appelée à céder par section des tissus aux endroits des fils. Il admet l'emploi du catgut dans une réfection médiane postérieure, car seule celle-ci est à l'abri des mouvements de flexion et d'abduction de la cuisse lors du lever précoce.

DU POINT DE VUE POST-OPÉRATOIRE :

— INGRAHAM édicte tout particulièrement :

— ingestion d'huile minérale;

— diathermie locale.

— HUNTER utilise les sulfamides en poudre à chaque toilette et chaque selle.

— JOHNSON insiste sur l'intérêt de la pénicilline *in loco* dans les lésions périnéales complètes.

Comme nous venons de le voir, les opinions des auteurs en faveur de l'épisiotomie présentent de nombreuses divergences de vue : qu'il s'agisse des causes intimes des lésions périnéales, de la direction de l'épisiotomie, du moment de la pratiquer et de la façon de la réparer.

Quoi qu'il en soit, tous préconisent la pratique de l'épisiotomie à la possibilité d'une déchirure visible ou invisible.

Avantages et inconvénients des déchirures périnéales et des épisiotomies

Nous allons envisager le problème de l'épisiotomie et de la déchirure périnéale chez la primipare, car c'est chez elle incontestablement qu'il se pose. De plus, nous l'envisagerons essentiellement dans la présentation du sommet qui représente la majorité des cas; mettant à part quelques cas d'espèce résultant de dystocies maternelles ou fœtales et dont l'étude ne peut être faite ici.

Les déchirures périnéales et les épisiotomies vont de pair bien souvent (pour ne pas dire presque toujours) avec une application de forceps; cet instrument se trouve donc placé au premier plan dans notre étude. De ce fait, ce problème est d'autant plus d'actualité que récemment, au Congrès d'Alger, les obstétriciens ont fixé à huit heures environ la durée maximum du travail au delà de laquelle des complications immédiates ou médiatees, maternelles ou *surtout fœtales*, peuvent survenir; ils ont conclu à la nécessité de délivrer une parturiente par des moyens obstétricaux rapides lorsque ce laps de temps est dépassé. Nous pouvons donc prévoir, en déduction de ces théories, un accroissement certain du nombre d'applications de forceps et de ce fait... de déchirures et d'épisiotomies.

Quelle est donc la raison d'être de l'épisiotomie ? On peut dire qu'elle est née des causes et des inconvénients de la déchirure périnéale que nous passerons en revue par la suite.

I. — L'EPISIOTOMIE CLASSIQUE LATERO-POSTERIEURE

1. ELLE A POUR AVANTAGE :

— D'élargir le cône d'ampliation du périnée sans en délabrer sa texture.

— De permettre cependant l'hyperflexion de la présentation, grâce à la zone médiane vulvo-anale qui reste intacte (noyau central du périnée, transverses superficiel et profond) surtout dans les cas d'incision prophylactique.

— D'axoir une section nette, faite soit au ciseau, soit au bistouri.

— D'éviter au fœtus un traumatisme crânien, supplémentaire, surtout à un moment où il existe bien souvent un léger état de souffrance dû aux traumatismes antérieurs résultant du passage du bassin osseux.

— Enfin facilité pour le praticien de délivrer une parturiente rapidement si nécessaire sans avoir à risquer, comme c'est le cas, dans de telles conditions, des déchirures très étendues.

2. ELLE A PAR CONTRE COMME INCONVÉNIENTS :

— *Lorsqu'elle est prophylactique* : de devenir presque systématique et, de ce fait, ses indications ne sont plus valables. De très nombreuses primipares ont un périnée qui, fonctionnellement, accepte avec un minimum de délabrement, un accouchement et même plusieurs et qui, par la suite, n'ont pas à subir les effets d'une déficience périnéale.

La grande majorité des primipares sont des femmes qui ont entre dix-huit et vingt-cinq ans et qui possèdent, heureusement, une constitution périnéale suffisamment souple pour admettre le passage d'un premier enfant.

De plus, toujours dans le cadre de la prophylaxie, l'épisiotomie a pour inconvénients d'être bien souvent trop grande (comme il est dit classiquement de le faire), alors qu'un simple petit débridage de vulve aurait suffi largement au passage de la présentation (sans tiraillement excessif bien entendu).

— *Lorsqu'elle est trop tardive* : et il faut bien dire que ce cas arrive fréquemment : l'épisiotomie est faite, alors que le délabrement du périnée est déjà commencé dans la région centrale : on ne fait que surajouter une dissociation supplémentaire dont la réparation sera très souvent inefficace. Latéralement, nous aurons la cicatrice d'épisiotomie dont les points de suture n'auront aucune attache solide dans la région médiane : les éléments du noyau central du périnée étant défectueux ou disloqués.

— *Enfin d'une façon générale* : elle a comme inconvénient majeur de sectionner par le travers des fibres musculaires de la partie interne du releveur de l'anus (faisceaux élévateurs). En effet, lorsqu'elle est pratiquée suivant la méthode classique, à savoir large et latéro-postérieure, elle passe obligatoirement à travers les faisceaux internes du releveur de l'anus.

Or ce muscle est très certainement le plus important du substratum périnéal. Du point de vue physiologique, la récupération fonctionnelle de fibres musculaires sectionnées par leur travers n'est jamais totale. Cela est capital et porte un grand préjudice à l'épisiotomie latéro-postérieure.

3. SA RÉFECTION :

Sa réfection pour terminer, par des points totaux ou par plans séparés, offrent quelques inconvénients, à savoir :

— lors du lever précoce, la cicatrice est tirillée par les mouvements du membre homonyme;

— d'autre part, les deux surfaces cruentées ont tendance à s'écarter l'une de l'autre par rétraction des tissus et aucun élément de soutien ne peut être envisagé.

II. — L'EPISIOTOMIE MEDIANE POSTERIEURE

Elle a les mêmes avantages que la latéro-postérieure. Cependant elle ne peut être prophylactique car elle empêcherait l'hyperflexion physiologique de la présentation.

Comme inconvénients, il en est un qui est majeur : à savoir le risque de propagation au sphincter anal et à la muqueuse rectale lors d'une poussée intempestive de la parturiente ou bien souvent lors d'un déblocage brutal de la tête du fœtus en cas d'application du forceps.

Pour éviter une telle éventualité, on propose l'incision en « L » qui à son tour a pour inconvénient de sectionner des faisceaux du releveur de l'anus.

La réfection de la médiane postérieure est cependant plus facile, les surfaces cruentées mieux coadaptées et non tiraillées par le lever précoce.

L'épisiotomie est née, comme nous l'avons dit précédemment, des causes et des inconvénients de la déchirure périnéale; nous allons les étudier successivement.

1. LES CAUSES DES DÉCHIRURES PÉRINÉALES.

Elles sont nombreuses et nous essaierons de mettre en évidence celles qui, je pense, offrent le plus d'intérêt dans cette étude (mettant à l'écart certains éléments pathologiques qui pourraient atteindre les tissus envisagés dans leur résistance).

a) L'œdème et la friabilité des parties molles qui peuvent résulter d'un accouchement prolongé ou bien d'un léger état albuminurique.

b) Déficience du tissu élastique du faisceau périnéal.

c) Un seuil trop élevé de tonicité des muscles du périnée qui empêche l'ampliation physiologique du cône périnéal. Ce phénomène est souvent observé chez les primipares.

d) Enfin deux causes majeures :

— *La rupture de l'hymen*, qui très souvent constitue une véritable bride qui se rompt brutalement, entraînant une déchirure de la muqueuse, porte ouverte au délabrement des tissus sous-jacents.

Comme le disait PAJOT : « La déchirure de l'hymen est le coup de ciseau donné par le commis de nouveauté à l'étoffe qu'il veut déchirer, c'est l'amorce de la plupart des déchirures de la vulve et du périnée. »

— *L'extraction trop rapide par forceps*. — En effet, lors d'application de forceps, une manœuvre trop rapide ne permet pas au périnée de « s'accoutumer » à son ampliation, le relâchement de tonicité des muscles et du fascia surtout ne se fait pas et expose tout particulièrement à la déchirure.

De plus, il arrive fréquemment et surtout à ceux qui ont une trop faible expérience du forceps, de tirer de toutes leurs forces sur le tracteur alors que la présentation est bloquée au niveau du détroit moyen : le déblocage se fait alors brutalement et si le praticien n'a pas le contrôle de son instrument, la présentation, mal fléchie, vient buter sur le périnée postérieur et la déchirure a bien des chances d'être complète et même compliquée.

Enfin, sans parler de cas extrêmes comme le précédant, il faut bien avouer que l'utilisation de deux

cuillers de forceps qui viennent se surajouter au diamètre de la présentation ne peuvent qu'augmenter les chances de déchirures. A moins de ne se servir du forceps que pour amener la présentation sur le périnée et ensuite terminer l'accouchement normalement avec un peu d'expression utérine pour pratiquer la déflexion de la tête et l'exérèse de l'enfant.

Nous comprenons ici l'utilisation du forceps classique de TARNIER.

L'utilisation du forceps de SUZOR offrirait à l'inverse certains avantages dans son maniement en vue d'éviter ces déchirures (*Thèse de PIGEON, Fac. de Méd. de Paris, 1950*).

2. LES INCONVÉNIENTS DES DÉCHIRURES PÉRINÉALES.

C'est essentiellement la propagation au sphincter anal et à la muqueuse rectale. En effet, semblable à la traduction imagée de PAJOT pour la déchirure de l'hymen, les tissus présents sont semblables à une étoffe que l'on déchire et où aucun élément n'est capable de mettre un frein. Car la déchirure complète ou même compliquée n'est que la résultante *d'une propagation sans limite*.

Nous n'envisageons ici que la déchirure postérieure, la déchirure antérieure étant très rare et pouvant être évitée dans bien des cas, en faisant glisser le sous-occiput de la présentation sous la symphyse et en amorçant la libération des grandes lèvres sur les pariétaux.

D'autre part, les surfaces cruentées de la déchirure sont souvent contuses, déchiquetées, infarcies de petits hématomes. A cela, on peut faire avant réfection, un épiluchage soigneux, permettant une meilleure coadaptation des deux surfaces.

Technique de protection et de réfection du périnée

PROTECTION

Nous allons aborder à présent les différentes techniques mises en œuvre en vue d'assurer la protection du périnée en suivant le processus de l'accouchement à sa phase terminale.

Nous étudierons successivement :

- la curarisation;
- le massage périnéal;
- les applications de forceps;
- le butoir de sécurité en fil de nylon;
- la déchirure ou l'épisiotomie médiane postérieure.

Il est certain que seules les deux premières techniques peuvent être appliquées systématiquement chez toutes primipares dans un but prophylactique. Par contre, les trois suivantes sont réservées aux parturientes présentant un certain degré de dystocie du bassin mou et ont pour but de limiter les dégâts occasionnés par la sortie de la présentation fœtale.

En outre, nous ne voudrions pas passer sous silence, bien que n'ayant aucun élément d'expérimentation, deux techniques qui présentent des avantages incontes-

tables dans le problème du relâchement périnéal associé à l'analgésie, à savoir :

- l'anesthésie caudale continue;
- l'infiltration des nerfs honteux internes.

Nous pensons cependant que l'association de l'une ou de l'autre aux précédentes techniques énoncées offrirait des garanties supplémentaires.

LA CURARISATION

Nous pratiquons une injection intra-musculaire de 2 centimètres cubes de 2.559 F ou 3.697 R.P. dosé à 40 milligrammes de tri-iodoéthylate de tri (1-2-3) benzène (spécialisé sous le nom de Flaxédyl).

L'injection doit être essentiellement *intra-musculaire* et il est de toute importance, avant de pousser sur le piston de la seringue, d'effectuer une légère traction sur celui-ci afin de s'assurer qu'il ne vient pas de sang; l'injection se pratique au tiers moyen de la cuisse, dans la portion antéro-externe.

Nous attirons tout particulièrement l'attention sur les inconvénients qu'il y aurait à injecter du curare par voie endo-veineuse (ou introduit par mégarde dans le système vasculaire) — en tout premier lieu le spasme de la glotte — une telle pratique nécessite la présence d'un réanimateur avec le matériel nécessaire pour intubation.

Par contre, l'injection de curare par la voie intra-musculaire n'apparaît pas dangereuse : nous avons seulement noté dans quelques cas une légère cyanose du visage lors d'anesthésie concomitante au chloroforme à la compresse; cette cyanose disparaît d'ailleurs facilement en administrant à la parturiente quelques bouffées d'oxygène. Cependant la curarisation par

la voie intra-musculaire n'offre pas de résultats aussi appréciables que par la voie endo-veineuse : elle permet un léger abaissement du seuil de tonicité des fibres musculaires et par là même un gain non négligeable de l'ampliation du cône périnéal. Ainsi administrée, son emploi peut être systématique, en milieu obstétrical ou non.

L'injection sera pratiquée dix à quinze minutes avant le moment présumé de l'expulsion, à savoir, environ au moment où la présentation fœtale vient se mettre en contact avec le bassin mou.

MM. LANTUÉJOUL et MADIER (*Bull. de l'Ass. Gynéco-Obst., langue franç.*, 1949, 1, janv. 22), MERGER et GEORGES (*ditto*, pp. 25-26) et MM. LACOMME et MAYACOS concluent aux avantages incontestables du curare ou des curarisants de synthèse dans la prophylaxie des déchirures périnéales.

LE MASSAGE PERINEAL

Le massage périnéal, effectué dès l'injection de curare et durant toute la période expulsive, va permettre d'obtenir un certain degré d'ampliation artificielle du périnée.

TECHNIQUE DU MASSAGE.

— Après une toilette classique des mains de l'opérateur, et emploi des gants stériles enduits de vaseline pure ou d'eau savonneuse stérile, d'une part;

— Après toilette et désinfection classique de la vulve de la parturiente d'autre part;

Le massage consistera en deux mouvements que l'on peut schématiser ainsi :

1° L'opérateur introduira l'index et le médius de la main droite (face palmaire) contre la face postérieure du vagin.

Il imprimera alors une pression sur ses deux doigts à la fois :

- en arrière vers le sacrum;
- en bas vers lui.

Cette pression sera appliquée en plus :

- de dedans en dehors (du fond du vagin jusqu'à la fourchette).

Ce premier mouvement a pour but de repousser en bas et en arrière le bloc périnéal postérieur; il s'en suit :

- un relâchement des releveurs de l'anus : la pression exercée vers l'arrière ayant une *direction parallèle* aux fibres de ces muscles;

- un relâchement des transverses superficiels et profonds et de ce fait un abaissement du noyau central du périnée par la pression exercée vers l'opérateur.

2° Le deuxième mouvement sera latéro-latéral : l'index et le médius de la main droite, légèrement repliés en crochet vont masser la fourchette et permettront une ampliation progressive des fascias de la muqueuse et de la peau de la région vulvo-anale.

Ces deux mouvements seront pratiqués alternativement durant toute la période expulsive. Il est fréquent, lors de tels massages sous curare, de ressentir brusquement un relâchement important des muscles péri-néaux.

Nous tenons à spécifier que ce massage doit être *doux, lent et progressif*. Une pratique trop brutale pourrait entraîner des désinsertions de fascias et de fibres musculaires, ainsi que de petits hématomes diffus; or, ce sont des conséquences dues normalement au labourage d'un cône périnéal insuffisamment amplifié

par la **déflexion** de la présentation que l'on désire supprimer par la **préparation** artificielle préalable.

Le massage périnéal sous curare sera judicieusement complété en vue de la protection du périnée par quelques éléments, à savoir :

— le passage en position sous-occipitale, non seulement de la symphyse, mais aussi du périnée antérieur;

— l'amorçage de la libération des grandes lèvres sur les deux pariétaux par des mouvements d'asynclitisme latéraux;

— surtout la réduction, soit par massage, soit même au ciseau d'un hymen cordé, constituant une bride dystocique des parties molles. Car un claquage brutal de l'hymen lors de la déflexion de la présentation est très souvent à l'origine des déchirures périméales postérieures.

Enfin cette ampliation artificielle du périnée groupe d'autres avantages, à savoir :

— une période expulsive moins douloureuse pour la parturiente;

— un amoindrissement du traumatisme crânien chez le fœtus lors de son passage du bassin mou.

LES APPLICATIONS DE FORCEPS

Nous ne ferons qu'énumérer quelques conditions indispensables pour la protection du périnée lors d'application de forceps.

1° Obtenir une hyperflexion maximum de la présentation céphalique lorsqu'elle se met en contact avec le bassin mou, afin de pouvoir pratiquer une déflexion suivant les plus petits diamètres de la présentation.

Cette hyperflexion maximum est parfois difficile à obtenir avec le forceps de Tarnier; le forceps de Suzor

serait plus approprié grâce à la courbure périnéale de ses branches.

2° Retirer les cuillers pour pratiquer le dégagement de la bosse frontale : en effet les deux cuillers augmentant les diamètres pariétaux font perdre du terrain vers le frontal. On a intérêt à se faire maintenir la présentation par un soutien abdominal et terminer l'accouchement normalement.

3° Surtout, pratiquer une déflexion *lente* afin d'habituer le périnée à son ampliation.

En effet une application du forceps trop rapide « sidère » littéralement les fibres des fascias et des muscles et on assiste à de petits claquages multiples avec constitution de macro-hématomes, point de départ d'une déficience périnéale ultérieure.

4° Enfin se méfier des blocages de la présentation au détroit moyen par des épines sciatiques légèrement saillantes. Dans de tels cas, rester maître de la traction effectuée sur son forceps et surtout essayer de pratiquer le déblocage doux, soit par quelques mouvements d'asynclitismes latéraux, soit par une légère rotation. Un déblocage brusque vient faire percuter la présentation sur le bloc périnéal postérieur et le dissocie : ce phénomène est souvent à l'origine des déchirures périnéales postérieures complètes voire compliquées.

LE BUTOIR DE SECURITE AU FIL DE NYLON

Le butoir de sécurité a seulement pour but de pallier l'inconvénient majeur de la déchirure périnéale postérieure ou de l'épisiotomie médiane, à savoir la *propagation* au sphincter anal et à la muqueuse rectale.

Cette technique pourra être appliquée dans tous les cas où l'opérateur sera dans l'obligation :

- soit de pratiquer une épisiotomie médiane;
- soit de risquer une déchirure importante.

MATÉRIELS EMPLOYÉS.

— Soit une aiguille de Doyen, soit une aiguille de J.-L. Faure, à pédale présentant une grande courbure.

— Du fil de nylon tressé, n° 3 ou 4.

Le nylon est préféré au crin de Florence, car il est plus souple et ne coupe pas les tissus.

TECHNIQUE.

— Repérer par toucher rectal combiné au palper du bloc vulvo-anal le sphincter anal et le noyau central du périnée.

— Tracer immédiatement au-dessus de celui-ci une ligne horizontale.

— A deux ou même trois travers de doigt à partir de la ligne médiane, au niveau de la ligne horizontale précédemment décrite, repérer par la palpation la masse des releveurs à droite et à gauche.

— Après avoir introduit l'index et le médius de la main gauche dans le vagin afin de protéger la présentation, piquer la peau à gauche au point repéré et bien charger son aiguille de la masse du releveur gauche, enfin faire apparaître l'aiguille dans le vagin. Passer au côté droit, piquer alors en sens inverse, muqueuse, releveur, et sortir au point cutané repéré à droite.

— Passer alors le fil de nylon et l'amarrer en dehors avec trois nœuds.

On obtient ainsi un butoir, fixé à droite et à gauche à deux piliers très solides que sont les releveurs.

On éliminera ainsi la surprise de voir se propager soit une déchirure, soit une épisiotomie, car le maintien latéral, à égale distance des deux releveurs, près de leur insertion anale empêche la zone médiane de se dissocier.

Après l'accouchement, on fait sauter le fil de nylon qui ne peut servir pour la réfection.

LA DECHIRURE OU L'EPISIOTOMIE MEDIANE POSTERIEURE

Le butoir de sécurité étant installé, on peut, suivant les cas :

- laisser la déchirure se constituer;
- pratiquer l'épisiotomie médiane postérieure.

Cependant différents cas vont se présenter et vont guider l'opérateur :

— Certaines petites vulves avec périnée postérieur long semblent vouées à la déchirure et la déflexion de la tête pratiquée lentement, ne provoque au niveau de la fourchette qu'une légère éraillure qui ne se propage pas.

Dans de tels cas, il est permis d'attendre et risquer une déchirure plus importante. Le plus souvent on gagne à ne pas être interventionniste.

— Par contre, à l'opposé, certaines vulves commencent à « s'effeuiller » dès le début de la déflexion. Dans ces cas, il est plus prudent d'épisiotomiser afin qu'une déchirure ne se fasse pas et surtout ne se dirige latéralement.

— De toute façon, une solution moyenne peut trancher la décision, à savoir une légère section médiane au ciseaux en direction du butoir de sécurité.

— Si l'espace est insuffisant, la section médiane se prolongera, soit aux ciseaux à la demande, soit par une déchirure jusqu'au butoir.

Nous allons maintenant aborder la réfection chirurgicale de telles déchirures ou épisiotomies.

REFECTION

Nous écarterons la réfection du périnée postérieur aux crins par plan unique qui présente certains avantages mais par contre des inconvénients incontestables.

Les avantages :

- En tout premier lieu, la réfection *rapide*.
- La technique très simple.

Les inconvénients :

— Lorsque les crins sont trop serrés, ils coupent les tissus et peuvent entraîner un œdème considérable de la région.

— Lorsque les crins sont insuffisamment serrés, les surfaces cruentées peuvent être mal coadaptées et laisser filtrer des lochies qui empêchent toute régénération.

— Enfin, la cicatrisation en masse occasionne parfois un magma de tissus non dissociables de la région cicatricielle laissant fonder un mauvais pronostic pour les accouchements ultérieurs.

Par contre, nous décrirons en détail la technique de réfection plan par plan au catgut.

Cette technique s'applique aux déchirures ou épisiotomies médianes postérieures, non complètes et non compliquées.

MATÉRIEL EMPLOYÉ.

- Aiguille de J.-L. Faure, à pédale, semi-courbe, fine.
- Pince à dissection à griffes.
- Pinces de Kocher, grandes et petites.
- Petite valve.
- Catgut n° 1.

TECHNIQUE.

— Après avoir pratiqué la délivrance, désinfection de la plaie opératoire, du vagin, de la vulve au mercurochrome.

— Tamponnement du vagin avec 5 ou 6 compresses retenues par une pince de Kocher, au besoin renouvelable si écoulement sanguin gênant pour la réfection.

— Epluchage après déchirures si l'on se trouve en présence de tissus déchiquetés, contus.

— Mise à jour de la brèche muqueuse par une petite valve maintenue par un aide.

— Suture de la muqueuse avec des points en X serrés au catgut n° 1. Deux éléments sont alors de toute première importance, à savoir :

1° de bien fermer la pointe de la brèche muqueuse afin qu'il ne puisse se former un pertuis par lequel les lochies pourraient s'infiltrer.

2° de s'assurer la fermeture « imperméable » de la muqueuse sur toute sa longueur.

Ces deux éléments conditionnent la réussite de la réfection.

— Rapprochement des deux faisceaux éleveurs des releveurs de l'anus par un point en X large au catgut n° 1. Ce point a pour but de rapprocher tous

les éléments de la plaie et d'éviter ainsi les tiraillements des deux surfaces cruentées.

— Suture du fascia par deux ou trois points en X.

— Enfin suture hypodermique par des points en U invisibles. Cette suture cutanée a pour avantage d'éviter les phénomènes douloureux occasionnés parfois par les agrafes ou les points transcutanés.

— On peut pratiquer des antibiotiques locaux par mesure de sécurité.

SOINS POST-OPÉRATOIRES.

— On appliquera localement sur la muqueuse vaginale et sur la peau de la bouillie lactique renouvelable chaque jour pendant huit jours.

— On administrera 1 à 2 cuillerées à soupe par jour d'huile de paraffine afin de permettre un transit rectal facile.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS.

Les femmes vues lors de leur visite post-natale, environ un mois et demi après l'accouchement, présentaient :

— Une cicatrice souple avec tissus non adhérents les uns aux autres.

— Aucun élément appréciable de déficience périnéale quelle qu'elle soit.

— Aucun phénomène douloureux :

— ni lors de la défécation;

— ni pendant les rapports.

Résultats de ces techniques en pratique obstétricale

Voici les comptes rendus de la salle de travail de la Maternité de l'Hôpital de Neuilly :

1° Plus de 250 primipares ont subi la curarisation intra-musculaire par le flaxedil avec ou sans massage périnéal.

Il y eut deux cas de déchirures médianes postérieures non complètes :

— d'une part une femme ayant présenté des granulations gonococciques;

— d'autre part une femme ayant un œdème important de la vulve avec friabilité des tissus.

2° Sur 50 cas d'application de forceps chez la primipare (travaux personnels), nous avons obtenu :

— 7 déchirures médianes postérieures dont la plus importante s'arrêtait au sphincter anal.

— Les 6 autres étant des déchirures partielles.

— 4 de ces déchirures, dont la plus importante, étaient dotées du butoir de sécurité.

3° Du point de vue réfection chirurgicale au catgut par plan séparés, sur 10 cas :

— 9 ont présenté par la suite une cicatrisation parfaite avec souplesse des tissus et récupération fonctionnelle totale.

— 1 cas seulement présenta une dissociation de la plaie : en effet, la suture muqueuse s'était avérée difficile et les lochies s'étaient infiltrées.

La cautérisation par crayon au nitrate d'argent associée à la bouillie lactique dans la plaie firent reprendre le processus de cicatrisation.

Conclusions

Nous contribuons donc à la protection du périnée chez-la primipare par différentes techniques :

1° Nous assurons une ampliatio*n* artificielle préalable du bassin mou :

a) par la curarisation qui abaisse le seuil de tonicité des muscles;

b) associée à la pratique du massage périnéal qui, dirigé dans le sens des fibres, permet un relâchement musculaire appréciable.

2° Nous limitons les grandes déchirures périnéales et surtout leurs risques de propagation au sphincter anal et à la muqueuse ano-rectale :

a) en précisant certaines conditions primordiales lors des applications de forceps;

b) en pratiquant le butoir de sécurité au fil de nylon permettant ainsi, soit de laisser se constituer la déchirure, soit de pratiquer une épisiotomie médiane, sans risquer une dissociation totale du bloc vulvo-anal.

3° Enfin nous exposons une technique de réfection des déchirures ou épisiotomies postérieures, plans par plans, au catgut, avec points hypodermiques, permettant une restitution souple et sans adhérence des plans les uns aux autres. Nous ne notons pas de phénomène douloureux dans les suites.

Nous concluons donc :

1° à la limitation des indications de l'épisiotomie systématique ou prophylactique des déchirures graves.

2° En réservant ces indications :

— lorsque le praticien est dans l'obligation de délivrer une parturiente dans un délai très bref, et qu'il ne peut se soucier d'assurer la protection périnéale et surtout... d'en subir l'obstacle;

— lorsqu'il est en présence de certains accouchements dystociques nécessitant le maximum de place pour effectuer le dégagement.

En définitive, chaque fois qu'il est nécessaire de délivrer une parturiente *rapidement* et avec le maximum d'*aisance*.

Minima de malis

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
LEVY-SOLAL

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

Bibliographie

- HUNTER (W.). — Soins à donner au périnée au cours du travail. (*Practionner*, août 1949, n° 163, pp. 136-140.)
- INGRAHAM (H.-A.), GARDNER (M.-M.) et HEUS (E.-G.). — Un rapport sur 159 déchirures du troisième degré. (*Ann. J. Obst. Gyn.*, 1949, n° 4, pp. 730-735.)
- JOHNSON (G.). — Emploi de la pénicilline dans la réparation des déchirures complètes du périnée. (*Ann. J. Obst. Gyn.*, janvier 1947, 53, n° 1, pp. 82-83.)
- PIERI (R.) et MEYER (F.). — Le périnée chez la femme : structure, fonction et préservation. (*New York State J.*, 15 décembre 1948, n° 24, pp. 2.693-2.699.)
- PIGEAUD. — De l'épisiotomie latérale prophylactique au cours des applications de forceps chez les primipares. (*Gyn. Obst.*, 1946, 45, n° 5, pp. 471-474.)
- NOTTER (A.) et CHARVET (F.). — Périnéorraphie secondaire précoce. (*Revue Française Gyn. et Obst.*, novembre-décembre 1951, n° 11 et 12, pp. 385-387.)
- CASALTA (E.) et DELPORTO (P.). — La curarisation en pratique obstétricale. (*Revue Française Gyn. et Obst.*, janvier-février 1951, n° 1 et 2, pp. 48-50.)
- MIR HAGHANI. — Emploi du curare au cours de l'accouchement normal. (*Thèse*, Paris, 1950, dactyl. 113.200, vol. 55, n° 87.)
- PIGEON (René). — Prophylaxie des déchirures périnéales par forceps Suzor. (*Thèse*, Paris, 1950, 90.973, Th., n° 107.)

IMPRIMERIE
R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS (XIV^e)
